

DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.201606016

· 短篇论著 ·

54例下颌下腺肿物切除手术的临床分析

李宏慧,张鹏飞,白艳霞,姚小宝,邵渊

(西安交通大学第一附属医院耳鼻咽喉头颈外科,陕西西安710061)

摘要: **目的** 探讨下颌下腺肿物切除的手术要点及临床疗效。**方法** 对2011年1月~2014年1月本院收治的54例下颌下腺区肿物的患者行下颌下腺腺体及肿物切除术,对于病理回报为恶性肿瘤的患者同期行I、II、III区淋巴结清扫术。术后随访12~24个月,观察治疗效果。**结果** 54例患者均完整切除下颌下腺腺体及肿物,其中面神经下颌缘支暂时性损伤2例,感染1例,术后病理回报淋巴结转移2例,无舌下神经、舌神经损伤病例,无复发病例。**结论** 下颌下腺区肿物切除术中,神经分支的保护,层次清楚的局部解剖和严密止血是保证手术成功的关键。

关键词: 下颌下腺;面神经;颈清扫

中图分类号:R739.8 文献标识码:A 文章编号:1007-1520(2016)06-0491-04

A clinical analysis of submandibular gland mass excision in 54 cases

LI Hong-hui, ZHANG Peng-fei, BAI Yan-xia, YAO Xiao-bao, SHAO Yuan

(Department of Otolaryngology-Head and Neck Surgery, the First Affiliated Hospital of Xi'an Jiaotong University, Xi'an 710061, China)

Abstract: **Objective** To discuss the key surgical points and therapeutic effect of submandibular gland mass excision. **Methods** 54 patients suffering from submandibular gland mass and hospitalized in our department from Jan 2011 to Jan 2014 were included. All patients received excision of submandibular gland and mass, and those with malignant pathological results underwent neck lymph dissection of I, II and III regions. All the patients had been followed up for 12 to 24 months postoperatively and their therapeutic effect was observed. **Results** Total excision of submandibular gland and mass was achieved in all the patients. Temporary injury of submandibular branch of facial nerve occurred in 2 cases, and infection occurred in one. Postoperative pathological examination revealed lymphatic metastasis in 2 cases. Injury of sublingual nerve or lingual nerve occurred in none. No recurrence occurred. **Conclusion** Protection of nerve branches, clear local anatomy and careful hemostasis are essential for successful excision of submandibular mass.

Key words: Submandibular gland; Facial nerve; Neck dissection

下颌下腺区占位性病变绝大多数来源于下颌下腺,包括慢性炎症和各种良恶性肿瘤,临床上术前诊断及治疗方法的选择具有一定的挑战性^[1]。治疗原则以手术切除为主,根据术中病理结果决定进一步的切除范围。由于下颌下腺周围毗邻的较多的脑神经分支,因此,术中保留神经的结构和功能决定着手术切除的质量。我科2011年1月~2014年1月收治54例下颌下腺区肿物的患者,均行手术治疗并达到了满意的效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

54例下颌下腺肿物患者,其中男29例,女25例。年龄26~71岁,平均年龄46.2岁,病程3个月至2年。下颌下腺良性肿瘤、囊肿、慢性下颌下腺炎均表现为缓慢增长的下颌下区无痛性包块,质软,活动度好,B超检查结果显示边界清,回声均匀。CT常提示包块与周围组织分界清。恶性肿瘤早期与良性肿瘤性质相似,后期表现为局部的疼痛和舌部麻木感,活动性较差,B超检查结果显示边界不清,形态不规,内回声不均匀,可见丰富血流信号。

作者简介:李宏慧,女,硕士,主治医师。
通信作者:邵渊,Email:shaxiaoying1976@163.com

CT提示与周围组织分界欠清,其内密度不均匀(图1)。

1.2 手术方法

所有患者均在全身麻醉下进行手术治疗。术前均行快速切片,其中25例为多形性腺瘤,12例为慢性下颌腺炎,11例为下颌下腺囊肿,4例为腺样囊性癌,2例为粘液表皮样癌。手术采用距患侧下颌缘两横指的横切口,切开颈阔肌后沿颈阔肌向上下分离皮瓣分别至下颌下腺体上下缘。寻找面静脉,结扎后向上提拉保护面神经下颌缘支,其中4例腺样囊性癌和2例黏液表皮样癌采取沿下颌缘全程解离下颌缘支并妥善保护。向前牵拉下颌舌骨肌并结扎颌下腺导管。向下牵拉颌下腺,暴露舌神经并切断颌下神经节至颌下腺的分支。结扎面动脉,超声刀凝释腺体周围细小动静脉分支,暴露下腹肌后腹肌中间腱,寻找舌下神经并妥善保护,沿舌骨舌肌游离并完整切除颌下腺。对于恶性肿瘤同期行I、II、III区淋巴结清扫术。

2 结果

54例患者均完整切除腺体及肿物,其中,面神经下颌缘支暂时性损伤2例,术后表现为轻度口角偏斜,其中1例与术中的持续牵拉相关,另1例在分离时造成轻度的钝挫伤,2例患者术后1个月均恢复正常。1例患者发生感染,为术后局部积血,引流欠通畅所致,经对症支持治疗2周后术区愈合。6例下颌下腺恶性肿瘤患者,术后病理回报淋巴结转移2例。术后患者未出现舌下神经、舌神经损伤。所有患者术后随访12~24个月,未见肿瘤复发。手术前后CT对比颌下腺区恢复良好(图2)。

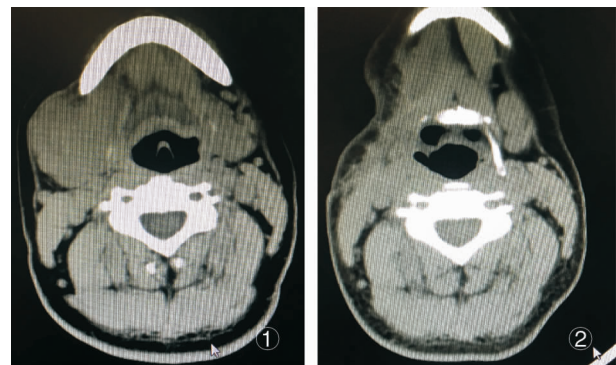


图1 右颌下腺肿瘤术前CT检查 图2 右颌下腺肿瘤术后1个月CT复查

3 讨论

下颌下腺肿物主要发生于下颌下三角区,占位性病变多起源于下颌下腺,临床表现为逐渐生长的无痛性包块,对于恶性肿瘤常伴有局部疼痛感和不同程度的面部活动障碍、舌部感觉障碍等症状。颌下腺可以受多种疾病影响,可能是退行性疾病、炎症或者是肿瘤^[2]。颌下腺肿瘤的发病机制目前仍未完全明确。虽然未被完全认同,但是在许多研究中,放射线暴露史,抽烟和移动电话的使用被证实与涎腺肿瘤的发生相关^[3-5]。涎腺肿瘤占头颈肿瘤的2%~6.5%^[6]。近10%的涎腺肿瘤位于颌下腺,虽然颌下腺结石和炎症疾病仍有,但恶性发病率仍然较高^[7]。最常见的良性肿瘤是多形性腺瘤,完整切除病变腺体是所有肿瘤的标准治疗方案。由于病理类型多样,术前影像学检查难以确诊。目前术前评估主要依靠专科查体、B超及CT检查,B超可通过二维图像明确下颌三角区占位的大小和范围。手术切除是目前可行的治疗方式,术中根据病理结果进一步决定切除范围,部分患者可采取保守观察治疗。

下颌下三角区含有丰富的血管和神经及肌肉组织,是颌面部重要的淋巴回流通路。口腔、咽喉、颌面部的感染均可由原发病灶扩散至颌下腺造成慢性炎症并形成局部肿物。来自颌面部、口腔的恶性肿瘤及身体其他部位的恶性肿瘤也可经淋巴管道转移至下颌下三角区,其中,老年患者恶性病变发生率较高。在恶性肿瘤中,患者的预后与组织病理分型明显相关,其中高分化腺样型常好于低分化实体型。颌下腺区可发生多种类型肿瘤,但腺样囊性癌是颌下腺和小涎腺发生的最常见的恶性肿瘤^[8]。恶性肿瘤以腺样囊性癌和黏液表皮样癌居多^[9],自然病程较长。腺样囊性癌常好发于涎腺,病程较黏液表皮样癌长,为数月或数年,边界不清,活动度差,与周围组织粘连,沿神经管道向周围浸润为其重要征象,颈淋巴结转移率在10%左右,但直接侵犯淋巴结较为多见^[10]。由于颌下腺恶性肿瘤除了局部肿胀以外不会有其他主要症状^[11-12],因此发现时常常已达晚期。本研究中2例患者发生颈部淋巴结转移,是否存在有远处转移尚需观察。在恶性肿瘤的手术治疗中,单纯下颌下腺+肿物切除术是不够的,需行区域淋巴结清扫术,既往观点认为下颌下腺恶性肿瘤淋巴结转移率较低,对于术前或术中未触及肿大的淋巴结不一定需行颈清扫术^[13]。但术前如发现明

显的淋巴结肿大或术中肿瘤侵犯周围组织,术中应同期行选择性颈淋巴结清扫术,术后需行进一步的放化疗。下颌下三角区良性肿瘤以多形性腺瘤最为常见,临床表现为无痛性缓慢生长的包块,质地较硬,边界较清楚,约占下颌下腺肿瘤的90%以上。其他良性肿瘤包括嗜酸粒细胞腺瘤、腺淋巴瘤、基底细胞腺瘤等,确诊主要依赖于组织病理学检查。良性病变手术切除后大多预后良好,但少数多形性腺瘤亦有可能发生恶变。下颌下腺炎性包块可表现为颌下区的胀痛感,主要是腺体炎症的反复发作或颌下腺导管的结石阻塞,腺体功能丧失,需行手术切除,对于部分病变,如腺体功能部分保留可行保守观察治疗^[14]。在下颌下三角区的包块也有非颌下腺来源的良性病变,如I区颌下淋巴结肿大、鳃裂囊肿、脂肪瘤等病变。

在下颌下区肿物的手术治疗中,开放性颈横径路切除颌下腺是治疗颌下腺病变的金标准^[15],保护面神经下颌缘支、舌下神经和舌神经的功能是主要关键步骤。而手术并发症中,永久性下颌缘支损伤占0~8%,舌神经损伤占0~12%,舌下神经损伤占0~1.4%^[16]。为保护面神经下颌缘支,我们在手术中通常选取距下颌骨下缘2cm的平行切口,术中切开颈阔肌分离皮瓣通常贴近下颌下腺鞘膜浅层,对于肉眼所见边界清楚的良性肿物,通常先分离面后静脉,鉴于其走行于下颌缘支深部,因此结扎面静脉后向上方提拉可保护下颌缘支远离术区。对于肿块较大怀疑恶性病变者应完整游离下颌缘支,在距下颌缘向上1.2cm至向下0.8cm的范围内进行,注意操作轻柔而避免钝挫伤,游离神经后妥善保护再行进一步手术。研究证实主动解剖面神经下颌缘支的颌下腺切除术,使手术更趋安全,减少了神经损伤带来的并发症^[17]。在对舌神经的分离中,应将下颌下腺向外下牵引同时将下颌舌骨肌向前方牵拉,逐渐寻找位于腺体深面的舌神经,确认下颌下神经节后将其结扎后分离。在舌下神经的寻找中,应在舌骨的外端寻找二腹肌中间腱,沿二腹肌的后腹区域寻找。舌骨舌肌前缘是重要的肌性标志,舌下神经在该缘向内旋转而入舌,在舌系带延长的情况下应注意保护。在下颌下腺手术切除中,在结扎颌外动脉近心端时,避免分离过深防止损伤舌下神经。完整结扎其供血动脉和回流静脉对于防止术后的出血和感染较为必要,下颌下腺供血动脉有5~7条,分别从腺体上、下、前、后方进入,小心分离腺体周缘,妥善结扎各个腺支,避免术后的动脉性出血。下

颌下腺其静脉回流也是多方向分流回心的,向前通面静脉,向后通舌静脉,向上通舌下静脉的伴行静脉,妥善结扎回流静脉对于防止下颌下腺手术术后的出血和感染也具有重要的意义,在动静脉止血的过程中,超声刀的使用减小了传统手术所造成的创伤,利用其超声的机械作用、热效应,减少了术后的出血量和引流量,使患者术后恢复的更快^[18-19]。

下颌下腺区肿物切除术中,神经分支的保护,层次清楚的局部解剖及术中严密的止血是保证手术成功的关键。

参考文献:

- [1] 杨腾飞,骆华杰,王家东. 下颌下三角内占位性病变54例临床分析[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2011, 25(20): 947-950.
- [2] De Carvalho AS, Dedivitis RA, De Castro MA, et al. Submandibular gland excision[J]. Rev Col Bras Cir, 2015, 42(1): 14-17.
- [3] Sadetzi S, Chetrit A, Jarus-Hakak A, et al. Cellular phone use and risk of benign and malignant parotid gland tumors—a nationwide case-control study[J]. Am J Epidemiol, 2008, 167(4): 457-467.
- [4] Beal KP, Singh B, Kraus D, et al. Radiation-induced salivary gland tumors: a report of 18 cases and a review of the literature[J]. Cancer J, 2003, 9(6): 467-471.
- [5] Sadetzi S, Oberman B, Mandelzweig L, et al. Smoking and risk of parotid gland tumors: a nationwide case-control study[J]. Cancer, 2008, 112: 1974-1982.
- [6] Santos GC, Martins MR, Pellacani LB, et al. Neoplasias de glândulas salivares: estudo de 119 casos[J]. J Bras Patol Med Lab, 2003, 39: 371-375.
- [7] Preuss SF, Klusmann JP, Wittekindt C, et al. Submandibular gland excision: 15 years of experience[J]. J Oral Maxillofac Surg, 2007, 65(5): 953-957.
- [8] Wang D, Li Y, He H, et al. Intraoral minor salivary gland tumors in a Chinese population; a retrospective study on 737 cases[J]. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod, 2007, 104(1): 94-100.
- [9] 崔言军,左金华,刘道峰. 下颌下腺上皮性肿瘤25例临床分析[J]. 中国实用医药, 2009, 4(3): 71-72.
- [10] Christopher J, Robert J, John W, et al. Adenoid cystic carcinoma of the head and neck[J]. American Journal of otolaryngology-Head and Neck Medicine and Surgery, 2012, 33(5): 510-518.
- [11] Yura S, Terahata S, Ohga N, et al. A case of carcinosarcoma arising in the submandibular gland[J]. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod, 2007, 103(6): 820-824.
- [12] Camilleri IG, Malata CM, McLean R, et al. Malignant tumours of the submandibular salivary gland: a 15-year review[J]. Br J Plast Surg, 1998, 51(3): 181-185.
- [13] Rinaldo A, Ferlito A, Pellitteri PK, et al. Management of malignant

submandibular gland tumor[J]. Acta Otolaryngol, 2003, 123(8): 896-904.

[14] 申铁兵, 斯琴毕力格, 孟秀英. 下颌下包块 108 例临床总结[J]. 口腔颌面外科杂志, 2005, 15(4): 366-368.

[15] 刘仔龙. 切除颌下腺的手术径路[J]. 临床口腔医学杂志, 2015, 31(5): 313-316.

[16] Kukuckova B, Svec M. Surgical management of submandibular gland diseases: ten years of experience [J]. Bratisl Lek Listy, 2011, 112(5): 264-268.

[17] 姜辉春, 邵彬, 郑锦花, 等. 解剖面神经下颌缘支的颌下腺切除术[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2003, 4(9): 242-243.

[18] 林华维, 刘强. 超声刀在开放性下颌下腺手术中的应用[J]. 上海口腔医学, 2015, 24(4): 486-488.

[19] 周红生, 许小芳, 程茜, 等. 超声手术刀的优化设计[J]. 声学技术, 2012, 31(1): 48-52.

(收稿日期: 2016-04-06)

· 消息 ·

《中国耳鼻咽喉颅底外科杂志》稿约

《中国耳鼻咽喉颅底外科杂志》是由教育部主管、中南大学及中南大学湘雅医院主办、国内外公开发行的唯一一本耳鼻咽喉颅底医学学术性期刊, 是中国科技核心期刊(中国科技论文统计源期刊)。以高中级耳鼻咽喉头颈外科工作者为主要读者对象, 重点报道耳鼻咽喉头颈外科领域先进的科研成果、基础理论研究及先进的诊疗经验, 旨在反映、传播、交流耳鼻咽喉颅底外科基础与临床研究成果、经验总结和促进学科发展。

一、栏目设置

本刊设有述评、专家论坛、论著、短篇论著、临床报道、临床交流、病案报道、教学园地、技术与方法、综述等栏目。

二、投稿须知及要求

1. 投稿须知

投稿采用网上远程投稿方式, 请登录本刊网站 <http://www.xyosbs.com> 点击中文界面左侧的“作者投稿查稿”, 如果是第 1 次登陆则请先注册。本刊不接受纸质及 Email 投稿。文稿均采用 word 格式, 网上投稿的同时请作者须将文稿的 50 元稿件处理费通过邮局寄至本编辑部。网上投稿时不需提供单位证明, 但稿件被采用后须附单位介绍信和每位作者的亲笔签名。若有基金项目资助的文章须附基金项目批准号复印件。如遇特殊情况可与本编辑部联系。

2. 投稿具体要求请见本网站内稿约。

三、稿件处理与发表

被接受的稿件一般在 2 个月左右通过 Email 通知作者稿件的处理意见, 修回后的稿件一般在 4~6 个月内刊登, 作者需了解稿件处理进展情况可以登陆本刊网站在线查询, 在接到稿件处理意见前切勿另投他刊, 如有特殊情况请与编辑部联系。修改时作者须附信逐条修改回答修稿意见提出的全部问题, 退修 4 周内不返回者, 视作者自动退稿处理。出版前的清样由作者校对, 一般只作印刷错误的修正。清样校对须在 5 个工作日内返回。被录用的稿件按规定收取版面费, 本刊刊登的文章, 包括其中图表的使用权归中国耳鼻咽喉颅底外科杂志社所有。本刊有权以电子期刊及光盘等方式出版接受登载的论文, 未经本刊同意, 论文任何部分不得转载他处。已刊登的文章按规定给作者支付稿酬, 其中含其他刊式的稿酬, 并赠当期杂志 2 本。

四、联系方式

1. 投稿网址: <http://www.xyosbs.com>

2. Email: xyent@126.com

3. 电话(传真): 0731-84327469; 0731-84327210

4. 邮编: 410008

5. 联系地址: 湖南省长沙市湘雅路 87 号(中南大学湘雅医院内)

中国耳鼻咽喉颅底外科杂志编辑部